

**記入例**

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

**令和8年度  
更新申請用**

フリガナ 被保険者氏名	ミト ハナコ	被保険者番号															
	水戸 花子		生 年 月 日	年	月	日											
住 所	水戸市中央 1-4-1		電話番号 029-232-9177														
備 考																	

水戸市長 様

前のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。

年 月 日

〒310-8610  
住所 水戸市中央 1-4-1

申請者 電話番号 029-232-9177

氏名 水戸 太郎

		氏 名	生 年 月 日	受給者との関係	生計中心者に○をつけてください。
世帯構成	世帯主	水戸 太郎	昭和 10 年 1 月 10 日	夫	○
	世帯員	水戸 花子	昭和 11 年 1 月 11 日	本人	

市町村記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

# 記入例

## 収入等申告書

世帯員全員の所得証明書その他収入を証する書類（源泉徴収票、年金支払通知書及び確定申告書の写しを含む。7月までの場合は、前々年の場合は、前年の収入と）	世帯員全員の、去年1年間の収入の合計額	年額	2,100,000円
世帯員全員の所持金の合算額（所持金してください。）	現金の所持金合計額		56,780円
世帯員全員の預貯金、有価証券、債券証券の写し等を添付してください。）			2,250,000円
日常生活に供する資産以外に活用できる資産の所有状況（世帯員全員について該当するものに○を記載してください。）	所有している	・	<input type="checkbox"/> 所有していない
扶養の状況（被保険者が負担能力のある親族等から扶養されているか該当するものに○を記載してください。）	扶養されている	・	<input type="checkbox"/> 扶養されていない
世帯員全員の介護保険料（65歳未満の方については、医療保険料等）の納付状況（該当するものに○を記載してください。）	<input type="checkbox"/> 滞納していない	・	<input type="checkbox"/> 滞納している

区分	有無	預貯金先・種類等	預貯金金額・評価概算額等
預貯金	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	〇〇銀行 普通預金 [ 〇〇〇 支店]	2,250,000円
		[ 支店]	円
		[ 支店]	円
有価証券等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円

上記の申告に相違ないことを証します。なお、申告に誤りがあった場合は、社会福祉法人等利用者負担軽減対象認定が取消されることがあっても異議ありません。

また、社会福祉法人等利用者負担軽減対象認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び世帯員の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、照会することに同意します。

令和8年8月1日

被保険者署名捺印欄 水戸 花子

※被保険者本人による署名の場合は、捺印を省略できます。